



## Tilburg University

### Enkele ontwikkelingen omtrent de depressie

Oei, T.I.

*Published in:*

Tijdschrift voor Ziekenverpleging

*Publication date:*

1983

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*

Oei, T. I. (1983). Enkele ontwikkelingen omtrent de depressie. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 36(4), 105-109.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

I.

# Enkele ontwikkelingen omtrent de depressie

1. *Depressie is een veel voorkomende aandoening. De WHO (World Health Organisation) meldt ruwweg een percentage van voorkomen bij 5 % van de wereldbevolking. Getallen in de literatuur betreffende voorkomen van depressies variëren van 12 tot 30 % (ROOYMANS 1979).*

*Pogingen om het depressiebegrip nader te omschrijven hebben veel tegenspraak en verwarring opgeleverd. Zo noemt MENDELS (1960) een twintigtal soorten depressies. Een dergelijke optiek moge differentiaal-diagnostisch interessant zijn, voor de praktische hulpverlening heeft zij minder betekenis.*

*In een aantal opstellen zullen wij trachten het depressiebegrip te plaatsen binnen ontwikkelingen in de psychiatrie. Er zullen derhalve aspecten naar voren komen die raakpunten vertonen met vakgebieden, zoals psychologie, sociologie, biologie, en geschiedenis. Een multidimensionale benadering van de psychiatrie wordt bij voorbaat als een belangwekkende, zo niet noodzakelijke visie beschouwd. Integratie van de genoemde hulpgebieden zal dientengevolge een begin moeten zijn voor een ieder die met psychiatrische, c.q. depressieve patiënten van doen heeft. In dit artikel zal met name nadruk worden gelegd op het biologische begrip depressie, tevens zullen gegevens gebaseerd op geschiedkundige en psychodynamische bronnen vooral aandacht krijgen.*

## 2.1. Depressie als emotie

Uit het leven van alledag blijkt een sombere, wolkige stemming niet zelden voor te komen. Het gevoel in de put te zijn wordt nogal eens beleefd als reactie op sommige nogal negatief gekleurde gebeurtenissen.

Een dergelijk verdrietig gevoel duurt veelal enige uren tot dagen en kan begeleid worden door passagère storingen van functies, zoals verminderde eetlust, slaapproblemen, het gevoel zichzelf niet meer te zijn of de wereld als veranderd te beschouwen.

Naarmate de tijd verstrijkt en het leven zijn loop herneemt, verliest het depressieve gevoel zijn intensiteit en verbleekt. Het gevoel een minder prettige ervaring achter de rug te hebben blijft in zekere zin bestaan.

## 2.2. Depressie als ziekte

Wanneer het depressieve gevoel langer (weken tot maanden) blijft voortduren, spreken wij van depressie. De betrokken symptomen zijn in ernst toegenomen: geen eetlust, uren wakker liggen, moe gevoel, anhedonie (= het niet kunnen genieten). Tevens is er vaak sprake van suïcidaliteit, hetzij in passieve (gedachten, neigingen), hetzij in actieve (pogingen) zin. Dit laatste is een serieuze toestand en

maakt in het algemeen een opname in een ziekenhuis noodzakelijk.

## 2.3. Waarom is depressie een ziekte

Om de volgende redenen beschouw ik depressie als een ziekte, en daarom te behandelen:

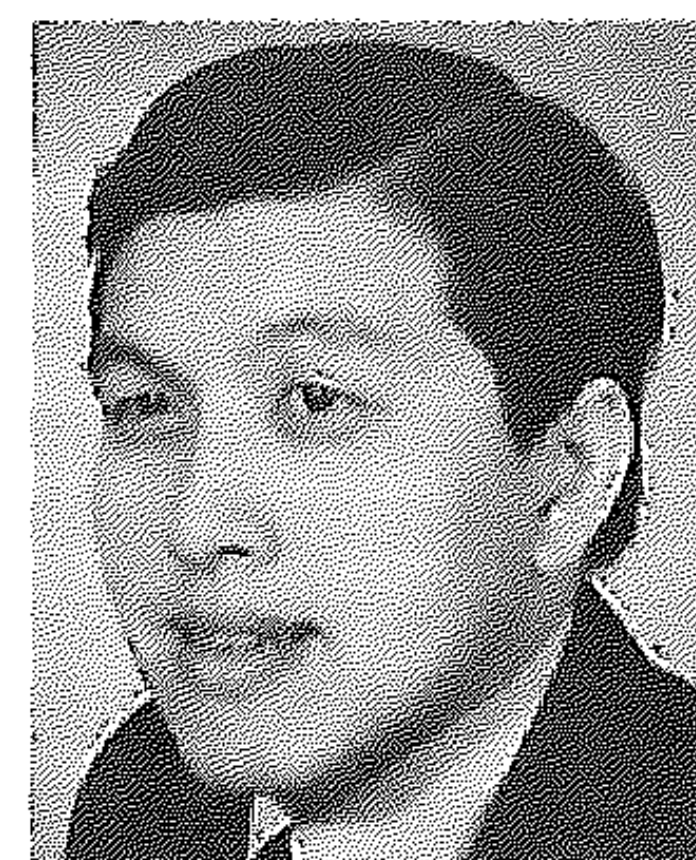
1. Het depressiebegrip omvat een duidelijk omschreven samenhang van klinische verschijnselen.
2. Depressie ontstaat op basis van een aantal in principe te achterhalen condities.
3. Mogelijkheden voor een integrale behandeling, zowel in psychofarmacologische als sociaal-psychologische zin zijn aanwezig.
4. Een bepaalde toekomstverwachting kan met kennis van zaken voorspeld worden.

## 2.4. Depressies, typen, aspecten of categorieën?

Elke zienswijze op verschijnselen heeft haar specifieke kenmerken. De waarnemer zal gebruik kunnen maken van verschillende brillen, om objecten in hun diversiteit te herkennen.

Met behulp van een verrekijker kan ik de details van de kantelen van een burcht verkennen. Een kleermaker zal kritischer kijken bij het voorbijgaan van een mannequin van Dior, dan bij het vergezicht op

Dr T. I. Oei  
zenuwarts



**Vanwege de ingewikkeldheid van de materie heeft de auteur zijn stof over enkele artikelen verdeeld, die wij in de volgende nummers hopen te plaatsen.  
Red.**

een vlucht zwaluwen. Op een ornitholoog zal wellicht het omgekeerde van toepassing kunnen zijn.

Alhoewel verschijnselen in zich een principeel vaste werkelijkheidswaarde hebben, bestaan er verschillen in inzicht omtrent hun toepasselijkheid, met als gevolg het feit dat er accentverschillen kunnen bestaan in de beleving van mensen omtrent het wel of niet aanwezig zijn van dingen. Als ik een depressieve patiënte zie, dan weet ik wat ik met een dergelijke kwalificatie bedoel. Toch zal ik aan een ander in het algemeen uit dienen te leggen waarom ik van depressie spreek. Niet dat de ander mij niet zou geloven dat er sprake is van een depressie bij de betrokken patiënte; het gaat tenslotte om eenduidigheid in de communicatie.

Welk aspect kan ik belichten bij het gebruik van het begrip depressie:

1. *Het fenomenologische aspect.* De patiënte ziet er bedroefd uit, kijkt me niet aan, valt regelmatig in een tranenvloed, of zegt te willen huilen, maar kan het niet, klaagt over slecht slapen, volgt mij moeilijk, lijkt vergeetachtig, maalt over haar zondigheid, enzovoort. Wij spreken van het inhoudelijk aspect van de depressie.

2. *Het procesmatig aspect.* Bij nader on-



derzoek blijkt dat de patiënte reeds enige keren is opgenomen geweest: twee keer wegens een ernstige depressie, waarvan een keer na een suïcidepoging; en eenmaal wegens een periode van ontremd handelen: snel denken, praten, doen, slecht slapen, aanpappen met vreemden, grootheidsideeën, kortom een manische fase. Er is sprake van een z.g. cyclisch verloop; enkele 'dalen', afgewisseld door een of meerdere 'toppen'. Er is in tegenstelling tot een unipolaire depressie, te denken aan een bipolaire depressie, vroeger ook wel een manisch-depressieve psychose genoemd. Hier spreken wij van het formele aspect van de depressie.

**3. Het aetiologische aspect.** Uit gesprekken met familie blijkt tevens dat er meerdere familieleden aan dergelijke gemoedstoestanden lijden of geleden hebben. Daarbij is ook duidelijk geworden dat de betrokken stemmingswisselingen met de leeftijd in aantal neigen toe te nemen. In een enkele situatie werd permanente opname noodzakelijk geacht. Hier valt te vermoeden dat constitutioneel-genetische aspecten als predispositie mee kunnen spelen.

**4. Het therapeutische aspect.** Patiënte vertelt ons onder meer dat bij de vorige opnamen, vooral bepaalde geneesmiddelen hebben geholpen. In het bijzonder leek dat van toepassing op een speciaal middel: het lithium. Haar voorlaatste opname bleek al enige jaren geleden geweest te zijn. Nu had zij het lithium reeds enige maanden niet meer ingenomen, omdat zij zich eigenlijk zo goed voelde. Wij herkennen in dit verhaal het therapeutische en preventieve aspect.

**5.** Wanneer wij de behandelend arts van patiënte spreken blijkt uit de voorgeschiedenis, dat patiënte ook eenmaal goed heeft gereageerd op een electroshockkuur; en gedurende de laatste twee jaren had patiënte behalve lithium ook bepaalde lichaamsbekende stoffen, nl. het 5-HTP (5-hydroxytryptofaan). Kennelijk spelen sommige chemische stoffen op een wonderlijke manier samen met aanwezige elementen in het lichaam,

c.q. de hersenen. Wij spreken van het pathogenetische substraat.

**6.** De onder 1 t/m 5 genoemde aspecten vormen tesamen een bepaald ziektemodel. Het is in principe mogelijk depressies in te delen naar hun aspect. Wij spreken van bepaalde typen, b.v. vitale en personale depressies. Het geheel van depressies valt onder een categorie psychiatrische ziekten, nl. z.g. affectieve syndromen.

### 3.1. Het hoe van depressies

Voor een verklaring van de multiconditionele genese van depressies steun ik op twee basisgedachten, nl. de functionele pathologie en de historische dimensie.

### 3.2. Functionele pathologie

Naar mijn mening is elk verschijnsel bij de mens uit te leggen in termen van pathologie en fysiologie. Uiteraard raken zaken de ontologie betreffende een ander abstractieniveau, nl. de metafysica. Daar wil ik het niet over hebben. Een stoornis in het lichamelijk functioneren is een uiting van een pathofysiologisch evenwicht tussen aanval (van het micro-organisme bv.) en afweer (van de witte bloedcellen bv.). Zo is het verschijnsel pijn ook te vertalen in termen als 'er is iets aan de hand', of 'trek je hand terug anders verbrandt die', of 'ik heb hoofdpijn = ik heb er een zwaar hoofd van', of 'pijn: eindelijk kan ik iets voelen'. enzovoort. Belangrijk is, dat vele van genoemde zinnestjes in het autonome samenspel van lichaam en hersenen plaatsvinden.

Zolang bovengenoemde reacties voorkomen, is er een basisvitaliteit waarop de gezondheid van de mensen is gefundeerd. Gezondheid is realiter een dynamisch begrip. Ziekte kan door de patiënt in bepaalde verschijnselen uitgedrukt worden; analoog hieraan kan koorts een uiting zijn van een ernstige ziekte (bv. malaria). Als iemand depressief is, kan hij lichamelijk nog geheel gezond zijn. Toch spreken we van een ziekte, omdat wij weten dat een depressie een uiting is van een stoornis in de basisvitaliteit. Een de-

pressie kan tot vermagering, tot lusteloosheid, en zelfs tot de dood (door suïcide) leiden. Behalve tot lichamelijke destructie kan depressie ook leiden tot sociale isolatie, ontslag, huwelijks- en relatieproblemen, ergo: maatschappelijke terugval. Er is dus in het spectrum gezond-ziek een gebied waarin beide condities een rol spelen. Lichamelijke aandoeningen vallen ipso facto op ziektekundig terrein. Psychiatrische aandoeningen hebben met het spectrum ziekte-gezond te maken, in voortdurend samenspel met inter- en intra-individuele krachten. Dit samenspel van gezondheid, ziekte, intra- en inter-individuele krachten acht ik van groot belang voor de psychiatrie. De term functionele pathologie vind ik daarom een gelukkige. Zij werd ten onzent door KUIPER (1948) in een bredere context geïntroduceerd.

### 3.3. Historische dimensie

Als artsen hun bul in ontvangst nemen, weten zij dat de zorg en genezing van patiënten voor een belangrijk deel berust op een consciëntieus onderzoek, met inbegrip van de anamnese. Dit is een in principe verbaal opgenomen geheel van gegevens betreffende de ziektevoorgeschiedenis van de patiënten.

Van de patiënt zelf en van de naaste familieleden worden gebeurtenissen vastgelegd, die met de ziekte van de patiënt te maken hebben.

In het groter geheel van de medische discipline is naast inzicht in theorie en praktijk van de geneeskunde ook van essentieel belang het conglomeraat van ervaringsgegevens met betrekking tot eigen en anderen kunnen. Niet voor niets functioneerde binnen de geneeskunde een soort gilde-systeem, waarin jongeren van de oudere collega's leerden hoe zaken verliepen. Tegenwoordig gebeurt dit door de zg. specialistische opleidingen.

Kunde en kunst lopen samen in een voortdurend van nieuwe feiten voorzien spanningsveld. Theorie en praktijk vullen elkaar aan en bevruchten elkaar zodanig, dat artsen, hoe praktisch aangelegd ze ook zijn, aan nieuwe methoden niet kunnen voorbijgaan, mede onder invloed van de media. Voor de psychiatrie betekent de



anamnese erg veel. Elk toestandsbeeld, hoe simpel op zich ook, is het resultaat van een bepaald proces. Inzicht in dit proces is niet alleen maar nuttig voor de wetenschapper, het is evenzeer nodig voor de behandelaar. Indien van de patiënt zelf geen verhaal te verkrijgen is, dan is het des te meer van belang de naaste familie naar gegevens te vragen betreffende de voorgeschiedenis. Het systematisch veronachtzamen van dit gedeelte van het onderzoek acht ik een kunstfout. Depressies hebben een bepaald verloop en wisselen van fase tot fase en van persoon tot persoon. Niet helemaal onterecht wordt de volgende zin wel eens uitgesproken: Er zijn zoveel depressies als er personen en talen zijn. Ik kan hiermee instemmen, als bedoeld wordt het fenomeen depressie. De ziekte heeft wel degelijk een bepaald karakteristicum.

#### 4. Enkele historische momenten

De overgang 19e-20e eeuw is voor de psychiatrie in twee opzichten van beslissende aard geweest. In de eerste plaats zou FREUD met zijn psychoanalytische methode en leer decennia lang het gezicht van de psychiatrie als medische persoonlijkheidsleer gaan bepalen.

In de tweede plaats heeft KRAEPELIN tot in het midden van de jaren vijftig een verstrekkende invloed gehad met zijn nosologische systeemleer. Zijn idee was om enige orde te scheppen in het geheel van ziekteverschijnselen, dat aan het eind van de vorige eeuw de psychiatrie omvatte. Hij beschouwde geestesafwijkingen als ziekten met een bepaalde oorzaak; een bekend verloop en een te vermoeden prognose. Een bekende procedure uit de medische ziekteleer.

FREUD sprak van melancholie en bedoelde daar een psychotische depressie mee. De beschreven dynamiek was beslissend voor het latere psychoanalytische concept van de depressie.

KRAEPELIN noemde de psychotische depressie manisch-depressieve psychose, een psychische desintegratie met zowel depressieve als (hypo)manische perioden. Karaktermatig zou er een predisposi-

tie voor bestaan, de tussenfasen waren normaal, de genese zou constitutioneel-familiair bepaald zijn.

In navolging van het klassieke werk van JASPERS (1913) hebben vele auteurs, waaronder enkele Nederlandse (RUMKE, CARP, e.a.) gepoogd de fenomenologisch-anthropologische zienswijze in het psychiatrisch denken in te bouwen. In de jaren veertig hebben enkele auteurs de integratie fenomenologie en psychoanalyse gestalte gegeven (BINSWANGER, KUIPER, VAN DER WAALS e.a.).

De twee toonaangevende ontwikkelingen van na de oorlog 40-45 zijn wel geweest het gedragswetenschappelijk onderzoek, met een belangrijke klinische toepassing van leertheoretische concepten (WOLPE e.a.) en het experimenteel-farmacologisch onderzoek met intrigerende toepassingen in de kliniek: anti-depressiva, anti-psychotica (in Nederland VAN PRAAG e.a.).

Op psychoanalytisch gebied hebben accentverschuivingen plaatsgevonden van een ES-analyse naar een IK-analyse (HARTMANN e.a.) en van een fenomenologische naar een meer empirisch-hermeneutische zienswijze (in Nederland KUIPER e.a.).

#### 5. Ontwikkelingen in sociaal-historisch perspectief

Parallel aan de ontwikkelingen in deelgebieden van de kliniek, ging men kijken naar het z.g. zorgkader. Hoe werd de patiënt opgevangen, hoelang verbleef hij in het instituut, wat gebeurt na ontslag, enzovoort. Het 'opgesloten' zijn in een gekkenhuis veranderde in een behandelings-situatie van beperkte duur. In principe kon iedere patiënt weer naar huis terug. Een verdere uitbreiding van nazorg en poliklinische begeleiding werd ter hand genomen. Verschillende theoretische en praktische ontwikkelingen hebben daartoe bijgedragen. Ik zal er enkele noemen, zonder naar volledigheid te willen streven.

1. De mogelijkheid dat patiënten met behulp van pillen weer 'beter' konden worden was vóór de jaren 50 eenvoudig niet aanwezig. De tot dan geldende middelen

waren morfine, scopolamine, broom, e.d. met name om de meest onrustige patiënten te kunnen hanteren. Tevens werden rigoureuze, soms heilzaam werkende middelen als insuline- en electroshockkuur gebruikt. Eerst met het toepassen van antidepressiva en antipsychotica konden patiënten, vaak na jarenlange verpleging, in relatief redelijke conditie ontslagen worden.

2. Psychotherapeutische technieken werden ontwikkeld. Behalve neurotische patiënten, konden ook psychotische ingezetenen van inrichtingen verbaal en nonverbaal worden behandeld. Bepaalde ontwikkelingen in dit opzicht hebben bij een aantal onderzoekers de mening doen postvatten dat patiënten eigenlijk niet ziek waren, maar andere communicatielijnen onderhielden. Invloeden vanuit existentialisme, boeddhisme e.d. hebben wetenschappelijke onderzoekingen in deze bemoeilijkt. De kreet 'psychiatrie bestaat niet' lijkt nu enigszins geluwd. Voordelen van deze verschijnselen zijn wel geweest het volledig openen van zaken omtrent zorg en behandeling van patiënten, het minder ingenomen zijn met eigen 'receptuur', het relativiseren van 'wetenschappelijke oordelen', het zich bezinnen op eigen motieven met betrekking tot behandeling, zorg enzovoort. Nadelen zijn er ook, bv. het overboord gooien van authentieke methoden van onderzoek onder het mom: 'wat oud is, is verroest', het zeer kritisch, zelfs afwijzend staan t.o.v. klinisch-experimenteel onderzoek, het 'lichamelijke' onderwaarderen.

#### 6.1. Het psychodynamisch model

Bijna een eeuw geleden heeft FREUD ontwikkelingen geschetst die wij plegen aan te duiden als het psychoanalytisch of ruimer psychodynamisch model. In 1917 beschreef hij in een monografie intrapsychische processen die hij fundamenteel achtte voor depressogene ontwikkelingen. Bij een aantal zijner patiënten bleken depressieve stemmingen contingent aan verlies van materiële (geliefde persoon) of immateriële (ideaal) aard.

In de nu volgende capitula zal ik heel summier enkele lijnen bespreken waar-



langs de psychodynamische theorie omtrent depressies zich heeft ontwikkeld. Ik maak gebruik van drie aspecten:

1. Het orale fixatie model; 2. Tendensen in structureel opzicht, en 3. Nederlandse opvattingen in kort bestek.

## 6.2. Het orale fixatie model

Het depressieve beeld dat FREUD bij sommige zijner patiënten waarnam, bestond uit een mengsel van zelfbeschuldiging, zelfverwijt, overmaat aan insufficiëntiegevoelens, in een enkel geval zelfs zelfhaat en neigingen tot zelfdestructie. Deze gemoedstoestand vond FREUD in vele gevallen niet proportioneel aan het geleden verlies. Hij vroeg zich onder meer af of het betreffende gedrag niet een somatieverschijnsel kon zijn van bewust verdriet en onbewuste 'agressieve' tendensen naar de verloren geliefde, die nu waren gericht tegen de eigen persoon. Een dergelijk gedrag deed FREUD denken aan het jonge kind dat, in de orale fase, de eigen emotionele grenzen nog niet heeft afgebakend, zodat liefde en boosheid slechts op het eigen Ik zijn betrokken (narcisme genaamd). De terugkeer naar deze narcistische fase noemde FREUD regressie.

Tevens vroeg FREUD zich af of somatische factoren mede een rol spelen, hetzij als uitlokkende, hetzij als predisponerende factor.

In navolging van FREUD heeft ABRAHAM als belangrijk punt geformuleerd, dat bij depressief-gevoelige mensen een zekere mate van fixatie is blijven bestaan van orale tendensen, zoals zoenen, zuigen, eten en drinken.

Een verdere ontwikkeling van de orale fixatie theorie vormen de gedachten van RADO (1928). Bij een aantal mensen ontbreekt het zelfrespect dat gewoonlijk gebaseerd is op eigen mogelijkheden en prestaties. Deze mensen zijn verhoogd afhankelijk van liefde en aandacht van anderen. Wordt op een of andere wijze aan deze behoefte onvoldoende tegemoetgekomen, dan ontstaat depressie. Is de relatie met de geliefde niet verbroken, maar wel gestoord, dan is er sprake van een neurotische depressie. Wordt daaren-

tegen de relatie volledig verbroken dan kan een psychotische depressie ontstaan. Dit laatste is afhankelijk van de mate waarin de geliefde in het Ueber-Ich is opgenomen. Wij zien dat RADO gebruik maakt van de intrapsychische instantie Ueber-Ich, nadat FREUD het structurele concept in 1923 heeft geïntroduceerd. In 1936 heeft met name GERO het concept van de orale fixatie gekoppeld aan de moeder-kind relatie: liefde-zorg-afhankelijkheid komen voor als expressiemogelijkheden van de warmte die het moederlichaam aan het kind meegEEft.

## 6.3. Tendensen in structureel opzicht

Het structurele gezichtspunt heeft FREUD nader uitgewerkt in 1923, waarbij hij de instanties Ich, Ueber-Ich en Es in het bijzonder besprak. In latere jaren hebben anderen geprobeerd de intrapsychische dynamiek van deze concepties voor de depressogene verwickelingen te verduidelijken. Ik zal een aantal noemen, zonder ook hier naar volledigheid te streven.

DEUTSCH (1932) gaf de mogelijkheid aan van een depressogene ontwikkeling bij aanwezigheid van een strenge Ueber-Ich. Het gevoel van zelfrespect is later nader uitgewerkt, o.a. door FENICHEL (1945), BIBRING (1953) en JACOBSON (1964). Centraal is de gedachte dat verlies van zelfrespect een depressogeen effect sorteert. Belangrijk voor het concept van het zelfrespect is de onderscheiding geweest tussen 'zelf' en 'Ich' of 'ego' (HARTMANN 1956). Het zelf is de eigen persoon in tegenstelling tot anderen; het Ich of ego is die instantie in de persoonlijkheid die alle z.g. Ik-functies, zoals denken, willen, handelen representeert.

## 6.4. Schets van Nederlandse opvattingen

Binnen de psychoanalytische theorie heeft een aantal auteurs in eigen land vruchtbare gezichtspunten ontwikkeld. Met betrekking tot de depressie hebben VAN DIJK (1974) en KUIPER (1980) korte, doch helder geformuleerde essay's geschreven, beide op FREUD geënt. Ik zal een aantal gedachten weergeven die ik

aan beiden ontleen. De mens leeft in contact met anderen; het adaptieve gezichtspunt betreft niet alleen het zich conformeren aan, doch is veeleer gericht op 'hoe de omgeving aan mijn mogelijkheden aan te passen'. De eigen mogelijkheden zijn ingebed in een intrapsychisch verkeer tussen Ich, Es en Ueber-Ich, waarbij aspecten van het Ideaal-Ik niet ontbreken: het structurele gezichtspunt. De mens heeft een verleden, leeft vanuit een historische dimensie, heeft een ontwikkeling doorgemaakt: het genetische gezichtspunt. De impulsen vanuit het onbewuste worden wel of niet toegelaten tot ons bewuste aandachtsveld: het topische gezichtspunt.

In welke mate de betrokken driften en impulsen worden beleefd hangt van verschillende factoren af: het economische gezichtspunt. Het samenspel tussen onbewust en bewust, het kortsluiten van lijnen van beide gebieden is het oogmerk van psychoanalytische therapie.

Wat kan zich voordoen na het verlies van een geliefde persoon?

In eerste instantie ontwaart het subject een woede: 'waarom laat hij me in de steek'; dit gevoel staat niet alleen, maar maakt wel dat men zich echt alleen voelt ('woede maakt verlaten', KUIPER 1980). Het gevoel van in de steek gelaten te worden is een gevoel van machteloosheid, van ontredde, van leegte. Mensen klagen over: 'ik voel niets meer van binnen'. Dit proces van ontlustering van s'mensen gevoel van eigenwaarde is een samenspel van lineaire en van circulair gerichte krachten. Gevoelens van onmacht, lusteloosheid, zelfagressie wisselen elkaar af en kunnen de persoonlijkheid tot in de diepste wanhoop brengen. In zo'n situatie is de motivatie 'waarom eigenlijk' uit het zicht verdwenen: de geliefde persoon bestaat niet meer! Woede tot in het graf! Men voelt zich akelig en ontlusterd zonder het motief nog maar enigszins in vizier te hebben. De betrokken krachten kunnen de gevoelens van leegte en zinloosheid versterken (woede maakt verlaten; het krenkt het zelfgevoel; dit maakt woedend; de woede versterkt het gevoel van leegte).



## Samenvatting

In kort bestek wordt depressie als medisch-historisch en medisch-biologisch begrip nader uitgewerkt. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de ontwikkelingen binnen de psychiatrie. Voorts komen in een notedop enkele psychodynamische aspecten van het begrip depressie, zowel van binnen- als buitenlandse onderzoeksschema's aan de orde.

## Literatuur

- Bibring, E.*: The mechanism of depression, in: Affective Disorders. Ed. P. Greenacre, New York, 1953.
- Deutsch, H.*: Psychoanalysis of the Neuroses. London, 1932.
- Dijk W. K. van*: Depressies, klinische beelden, etiologie en therapeutische aanpak, in: Stemming en ontstemming, H. M. van Praag en H. G. M. Rooymans, Amsterdam, 1974.
- Fenichel, O.*: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, 1945.
- Freud, S.*: Trauer und Melancholie, in: Gesammelte Werke, London, 1946.
- Gero, G.*: The construction of depression. Int. J. Psa 17: 423-461, 1936.
- Hartmann, H.*: Ego Psychology and the Problem of Adaptation. New York, 1958.
- Jacobson, E.*: The Self and the Object World. New York, 1964.
- Jaspers, K.*: Allgemeine Psychopathologie; ein Leitfaden für Studierende, Aerzte und Psychologen. Berlin, 1913.
- Kuiper, P. C.*: De betekenis van de functionele pathologie voor de neurologie. Utrecht, 1948.
- Kuiper, P. C.*: Verborgen betekenissen. Deventer, 1980.
- Mendels, J.*: Depression: The Distinction between Syndrome and Symptom. Brit. J. Psychiat. 114: 1549-1554, 1968.
- Rado, S.*: The problem of melancholia. Int. J. Psa. 9: 420-438, 1928.
- Rooymans, H. G. M.*: Depressies bij de 'somatische' patiënt in: De Depressie als kernprobleem in de medische praktijk, Ciba Geigy, 1979.